



بررسی شیوع و علل انسداد روده پس از جراحی های شکمی مختلف در شهرستان قزوین در سال های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳

Prevalence and causes of bowel obstruction after different abdominal surgery in Qazvin during ۲۰۱۳-۲۰۱۴



علوم پزشکی قزوین



منابع



اطلاعات تفصیلی



مجری و همکاران



صفحه نخست سامانه

چاپ صفحه

مجریان: حسین پارسا

کلمات کلیدی: انسداد روده چسبندگی روده جراحی شکمی عوارض



اطلاعات کلی طرح

کد طرح	۱۴۰۰۲۰۱۵
عنوان فارسی طرح	بررسی شیوع و علل انسداد روده پس از جراحی های شکمی مختلف در شهرستان قزوین در سال های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳
عنوان لاتین طرح	Prevalence and causes of bowel obstruction after different abdominal surgery in Qazvin during ۲۰۱۳-۲۰۱۴
کلمات کلیدی	انسداد روده چسبندگی روده جراحی شکمی عوارض
نوع طرح	
نوع مطالعه	
مدت اجراء - روز	۳۶۵
ضرورت انجام تحقیق	انسداد روده شامل هرگونه اختلال در مسیر انتقال مباتوجهبهمطالبعمرمذکوروتحقیقاتانجامشدهدر موردبالا بودن انسداد روده در بیماران تحت

جراحی شکمی میباشد با توجه به وجود مطالعات محدود در این رابطه و با عنایت به اینکه تاکنون در ایران در مورد علل بروز انسداد در بیماران تحت جراحی شکم تحقیق انجام نشده و یادآوری این نکته که در منطقه هاییزندگی میکیم که در آمدسالیانه خانوادها پائین بود هواز نظر اقتصادیدر سطح پائین میباشد و عدم توجه به عوامل تاثیر گذار در بروز این عوارض باعث بروز بیشتر انسداد در بیماران و در موارد بسیاری باعث جراحی در بیمارستان و تحمیل هزینه های گزاف بر خانوادها و جراحی اضافی در بیماران میشود. لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی شیوع و علل انسداد روده پس از جراحی شکمی در شهرستان قزوین در سال های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳ میباشد تا از این طریق بتوان ریسک فاکتورهای بروز این عارضه را در بیماران تحت جراحی شکم شناسایی کرده و در صورتی که متغیرهای به دست آمده قابل تغییر میباشد، قبل از جراحی شکمی آنها را اصلاح کرده و در صورتی که قابل اصلاح نمیشد، بیماران دارای ریسک بالا تحت مراقبت لازم بعد از جراحی قرار گرفته و به صورت پروفیلاکسی درمانهای ضد انسداد برای بیماران انجام شود.

هدف کلی	تعیین شیوع و علل انسداد روده پس از جراحی شکمی در شهرستان قزوین در سال های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳
خلاصه روش کار	این یک مطالعه کوهورت گذشته نگر است که به بررسی شیوع و علل انسداد روده پس از جراحی شکمی در شهرستان قزوین در سال های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳ می پردازد. جمعیت مورد مطالعه ۲ الی ۳ سال تحت پیگیری و بررسی علایم و معاینه قرار می گیرند و چنانچه افراد تا پایان مطالعه تحت جراحی قرار گیرند و به صورت گذشته نگر و یا در طول پیگیری (فالو اپ) متغیرهای مختلف مانند نوع برش و نوع جراحی، مدت زمان جراحی و مدت زمان بستری و میزان چسبندگی روده مورد بررسی قرار می گیرند

اطلاعات مجری و همکاران				
نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	درجه تحصیلی	پست الکترونیک
حسین پارسا	استاد راهنمای اول		تخصص	
علیرضا محمدزاده	استاد مشاور		فوق تخصص	malirezaz@yahoo.com
زهره یزدی	مشاور آماری		تخصص	yazdizohreh@yahoo.com

اطلاعات تفصیلی	
عنوان	متن
چکیده طرح	این یک مطالعه کوهورت گذشته نگر است که به بررسی شیوع و علل انسداد روده پس از جراحی شکمی در شهرستان قزوین در سال های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳ می پردازد. در این مطالعه، بیماران تحت جراحی باز شکم (لاپاروتومی) از سال ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۳ در بیمارستان ----- قزوین بررسی می شوند. پس از انجام هماهنگی های لازم با مدیریت بیمارستان و مدارک پزشکی، لیست تمام بیماران جراحی شده لاپاروتومی در اختیار مجری طرح قرار گرفته و سپس با بررسی پرونده ها و معیارهای ورود و خروج از مطالعه، بیماران واجد شرایط وارد مطالعه شده و اطلاعات تکمیلی از پرونده ی آنان استخراج میشود. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از کلیه بیماران تحت جراحی باز شکم در طی سالهای ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳، کامل بودن پرونده و در صورت نقص در پرونده بیمار با شماره های مربوطه قابل دسترسی باشد و معیار خروج از مطالعه شامل عدم کامل بودن پرونده و عدم دسترسی به بیمار میباشد. پس از ورود بیماران به مطالعه، اطلاعات

دموگرافیک شامل سن، جنس، سابقه بیماری های زمینه ایی مانند دیابت، فشار خون، قند بالا، بیماری های قلبی، سابقه مصرف سیگار و ... از پرونده ها استخراج شده و ثبت میشود. با مراجعه به برگه شرح عمل و شرح حال بیمار، متغیر های مورد مطالعه دیگر مانند نوع برش و نوع جراحی، مدت زمان جراحی و مدت زمان بستری در بیمارستان پس از جراحی استخراج شده و ثبت میشوند. لازم به ذکر است که در تمام طول مطالعه اطلاعات شخصی بیماران تنها در اختیار مجری طرح بوده و در حفاظت اطلاعات نهایت تلاش انجام خواهد شد

پیشینه طرح

فهرست کلی فصول

هدف از اجرا

۱) تعیین شیوع انسداد روده پس از جراحی شکمی بر حسب سن، جنس، نوع جراحی، نوع روش جراحی، عوارض بعد از جراحی، میانگین مدت زمان جراحی ۲) تعیین میانگین سن در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۳) تعیین میانگین سن در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۴) مقایسه میانگین سن در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۵) تعیین میانگین مدت زمان جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۶) تعیین میانگین مدت زمان جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۷) مقایسه میانگین مدت زمان جراحی در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۸) تعیین فراوانی جنس در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۹) تعیین فراوانی جنس در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۱۰) مقایسه فراوانی جنس در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۱۱) تعیین فراوانی عوارض جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۱۲) تعیین فراوانی عوارض جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۱۳) مقایسه فراوانی عوارض جراحی در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۱۴) تعیین فراوانی نوع جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۱۵) تعیین فراوانی نوع جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۱۶) مقایسه فراوانی نوع جراحی در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۱۷) تعیین میانگین BMI در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۱۸) تعیین میانگین BMI در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۱۹) مقایسه میانگین BMI در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۲۰) تعیین فراوانی سابقه بیماری زمینه ای در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۲۱) تعیین فراوانی سابقه بیماری زمینه ای در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۲۲) مقایسه فراوانی سابقه بیماری زمینه ای در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۲۳) تعیین میانگین مدت زمان ایلئوس پس از جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۲۴) تعیین میانگین مدت زمان ایلئوس پس از جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۲۵) مقایسه میانگین مدت زمان ایلئوس پس از جراحی در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۲۶) تعیین فراوانی سابقه مصرف سیگار در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۲۷) تعیین فراوانی سابقه مصرف سیگار در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۲۸) مقایسه فراوانی سابقه مصرف سیگار در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۲۹) تعیین مدت زمان بستری پس از جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۳۰) تعیین مدت زمان بستری پس از جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۳۱) مقایسه مدت زمان بستری پس از جراحی در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی ۳۲) تعیین سابقه انسداد در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحی ۳۳) تعیین سابقه انسداد در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحی ۳۴) مقایسه سابقه انسداد در بیماران با انسداد روده و بدون انسداد روده پس از جراحی

فرضیات یا سوالات پژوهشی

۱) شیوع انسداد روده پس از جراحی شکمی بر حسب سن، جنس، نوع جراحی، نوع روش جراحی، عوارض بعد از جراحی، میانگین مدت زمان جراحی چه مقدار است؟ ۲) میانگین سن در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۳) میانگین سن در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۴) میانگین مدت زمان جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده

پس از جراحیچه مقدار است؟ ۵) میانگین مدت زمان جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۶) فراوانی جنس در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۷) فراوانی جنس در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۸) فراوانی عوارض جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۹) فراوانی عوارض جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۰) فراوانی نوع جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۱) فراوانی نوع جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۲) میانگین BMI در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۳) میانگین BMI در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۴) فراوانی سابقه بیماری زمینه ای در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۵) فراوانی سابقه بیماری زمینه ای در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۶) میانگین مدت زمان ایلئوس پس از جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۷) میانگین مدت زمان ایلئوس پس از جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۸) فراوانی سابقه مصرف سیگار در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۱۹) فراوانی سابقه مصرف سیگار در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۲۰) مدت زمان بستری پس از جراحی در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۲۱) مدت زمان بستری پس از جراحی در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۲۲) سابقه انسداد در بیماران مبتلا به انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟ ۲۳) سابقه انسداد در بیماران جراحی شده بدون انسداد روده پس از جراحیچه مقدار است؟

چه موسساتی می توانند از نتایج طرح استفاده نمایند؟	
در صورت ساخت دستگاه نظر صنعت و داوران	
کلید واژه های فارسی	چسبندگی روده جراحی شکمی انسداد روده
روش پژوهش و تکنیک های اجرایی	این یک مطالعه کوهورت گذشته نگر است که به بررسی شیوع و علل انسداد روده پس از جراحی شکمی در شهرستان قزوین در سال های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳ می پردازد. در این مطالعه، بیماران تحت جراحی باز شکم (لاپاروتومی) از سال ۱۳۹۲ الی ۱۳۹۳ در بیمارستان ----- قزوین بررسی می شوند. پس از انجام هماهنگی های لازم با مدیریت بیمارستان و مدارک پزشکی، لیست تمام بیماران جراحی شده لاپاروتومی در اختیار مجری طرح قرار گرفته و سپس با بررسی پرونده ها و معیار های ورود و خروج از مطالعه، بیماران واجد شرایط وارد مطالعه شده و اطلاعات تکمیلی از پرونده ی آنان استخراج میشود. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از کلیه بیماران تحت جراحی باز شکم در طی سالهای ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳، کامل بودن پرونده و در صورت نقص در پرونده بیمار با شماره های مربوطه قابل دسترس باشد و معیار خروج از مطالعه شامل عدم کامل بودن پرونده و عدم دسترسی به بیمار میباشد. پس از ورود بیماران به مطالعه، اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، سابقه بیماری های زمینه ایی مانند دیابت، فشار خون، قند بالا، بیماری های قلبی، سابقه مصرف سیگار و ... از پرونده ها استخراج شده و ثبت میشود. با مراجعه به برگه شرح عمل و شرح حال بیمار، متغیر های مورد مطالعه دیگر مانند نوع برش و نوع جراحی، مدت زمان جراحی و مدت زمان بستری در بیمارستان پس از جراحی استخراج شده و ثبت میشوند. لازم به ذکر است که در تمام طول مطالعه اطلاعات شخصی بیماران تنها در اختیار مجری طرح بوده و در حفاظت اطلاعات نهایت تلاش انجام خواهد شد.
دلایل ضرورت و توجیه انجام کار	باتوجه به همال بمذکور و تحقیقات انجام شده در مورد بالا بودن انسداد روده در بیماران تحت جراحی شکمی میباشد و با توجه به وجود

مطالعات محدود در این رابطه و با عنایت به اینکه تاکنون در ایران مورد علل بروز انسداد در بیماران تحت جراحی شکم تحقیق انجام نشده و یادآوری این نکته که در منطقه هاییزندگی میکیم که در آمدسالیانه خانوادها پائین بود هواز نظر اقتصادیدر سطح پائین میباشند و عدم توجه به عوامل تاثیر گذار در بروز این عوارض باعث بروز بیشتر انسداد در بیماران و در موارد بسیاری باعث جراحی در بیمارستان و تحمیل هزینه های گزاف بر خانوادها و جراحی اضافی در بیمارانی میشود. لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی شیوع و علل انسداد روده پس از جراحی شکمی در شهرستان قزوین در سال های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳ میباشد تا از این طریق بتوان ریسک فاکتورهای بروز این عارضه را در بیماران تحت جراحی شکم شناسایی کرده و در صورتی که متغیرهای به دست آمده قابل تغییر میباشد، قبل از جراحی شکمی آنها را اصلاح کرده و در صورتی که قابل اصلاح نمیشد، بیماران دارای ریسک بالا تحت مراقبت لازم بعد از جراحی قرار گرفته و به صورت پروفیلاکسی درمانهای ضد انسداد برای بیماران انجام شود.

کلید واژه های فارسی بازنگری شده	چسبندگی روده جراحی شکمی انسداد روده
فهرست منابع و مراجع علمی داخلی	<p>Liu JH, Etzioni DA, O'Connell JB, et al. Inpatient surgery in California: ۱۹۹۰-۲۰۰۰. Arch Surg. ۲۰۰۳; ۱۳۸:۱۱۰۶-۱۱۱۱. [PubMed] ۱. Fevang BT, Fevang J, Lie SA, et al. Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction. Ann Surg. ۲۰۰۴; ۲۴۰:۱۹۳-۲۰۱. [PMC free article] [PubMed] ۲. Miller G, Boman J, Shrier I, et al. Readmission for small-bowel obstruction in the early postoperative period: etiology and outcome. Can J Surg. ۲۰۰۲; ۴۵:۲۵۵-۲۵۸. [PMC free article] [PubMed] ۳. Sajja SB, Schein M. Early postoperative small bowel obstruction. Br J Surg. ۲۰۰۴; ۹۱:۶۸۳-۶۹۱. [PubMed] ۴. Fevang BT, Jensen D, Svanes K, et al. Early operation or conservative management of patients with small bowel obstruction? Eur J Surg. ۲۰۰۲; ۱۶۸:۴۷۵-۴۸۱. [PubMed] ۵. Khuri SF, Henderson WG, DePalma RG, et al. Determinants of long-term survival after major surgery and the adverse effect of postoperative complications. Ann Surg. ۲۰۰۵; ۲۴۲:۳۲۶-۳۴۱. [PMC free article] [PubMed] ۶. MacLean AR, Cohen Z, MacRae HM, et al. Risk of small bowel obstruction after the ileal pouch-anal anastomosis. Ann Surg. ۲۰۰۲; ۲۳۵:۲۰۰-۲۰۶. [PMC free article] [PubMed] ۷. Parker MC, Ellis H, Moran BJ, et al. Postoperative adhesions: ten-year follow-up of ۱۲,۵۸۴ patients undergoing lower abdominal surgery. Dis Colon Rectum. ۲۰۰۱; ۴۴:۸۲۲-۸۲۹. [PubMed] ۸. Mazumdar M, Smith A, Bacik J. Methods for categorizing a prognostic variable in a multivariable setting. Stat Med. ۲۰۰۳; ۲۲:۵۵۹-۵۷۱. [PubMed] ۹. Firth M, Prather CM. Gastrointestinal motility problems in the elderly patient. Gastroenterology. ۲۰۰۲; ۱۲۲:۱۶۸۸-۱۷۰۰. [PubMed] ۱۰. Ivarsson ML, Falk P, Holmdahl L. Response of visceral peritoneum to abdominal surgery. Br J Surg. ۲۰۰۱; ۸۸:۱۴۸-۱۵۱. [PubMed] ۱۱. Becker JM, Stucchi AF. Intra-abdominal adhesion prevention: are we getting any closer? Ann Surg. ۲۰۰۴; ۲۴۰:۲۰۲-۲۰۴. [PMC free article] [PubMed] ۱۲. Fischer CP, Doherty D. Laparoscopic approach to small bowel obstruction. Semin Laparosc Surg. ۲۰۰۲; ۹:۴۰-۴۵. [PubMed] ۱۳. Levard H, Boudet MJ, Msika S, et al. Laparoscopic treatment of acute</p>

small bowel obstruction: a multicentre retrospective study. Aust NZ J Surg. ۲۰۰۱;۷۱:۶۴۱-۶۴۶. [PubMed] ۱۴. Ellozy SH, Harris MT, Bauer JJ, Gorfine SR, Kreel I. Early postoperative small-bowel obstruction: a prospective evaluation in ۲۴۲ consecutive abdominal operations. Dis Colon Rectum. ۲۰۰۲ Sep;۴۵(۹):۱۲۱۴-۷. ۱۵. Duron JJ, Silva NJ, du Montcel ST, Berger A, Muscari F, Hennet H, Veyrieres M, Hay JM. Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study. Ann Surg. ۲۰۰۶ Nov;۲۴۴(۵):۷۵۰-۷. ۱۶. Duron JJ, Hay JM, Msika S, Gaschard D, Domergue J, Gainant A, Fingerhut A. Prevalence and mechanisms of small intestinal obstruction following laparoscopic abdominal surgery: a retrospective multicenter study. French Association for Surgical Research. Arch Surg. ۲۰۰۰ Feb;۱۳۵(۲):۲۰۸-۱۲

فهرست منابع و مراجع علمی خارجی

Liu JH, Etzioni DA, O'Connell JB, et al. Inpatient surgery in California: ۱۹۹۰-۲۰۰۰. Arch Surg. ۲۰۰۳;۱۳۸:۱۱۰۶-۱۱۱۱. [PubMed] ۱. Fevang BT, Fevang J, Lie SA, et al. Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction. Ann Surg. ۲۰۰۴;۲۴۰:۱۹۳-۲۰۱. [PMC free article] [PubMed] ۲. Miller G, Boman J, Shrier I, et al. Readmission for small-bowel obstruction in the early postoperative period: etiology and outcome. Can J Surg. ۲۰۰۲;۴۵:۲۵۵-۲۵۸. [PMC free article] [PubMed] ۳. Sajja SB, Schein M. Early postoperative small bowel obstruction. Br J Surg. ۲۰۰۴;۹۱:۶۸۳-۶۹۱. [PubMed] ۴. Fevang BT, Jensen D, Svanes K, et al. Early operation or conservative management of patients with small bowel obstruction? Eur J Surg. ۲۰۰۲;۱۶۸:۴۷۵-۴۸۱. [PubMed] ۵. Khuri SF, Henderson WG, DePalma RG, et al. Determinants of long-term survival after major surgery and the adverse effect of postoperative complications. Ann Surg. ۲۰۰۵;۲۴۲:۳۲۶-۳۴۱. [PMC free article] [PubMed] ۶. MacLean AR, Cohen Z, MacRae HM, et al. Risk of small bowel obstruction after the ileal pouch-anal anastomosis. Ann Surg. ۲۰۰۲;۲۳۵:۲۰۰-۲۰۶. [PMC free article] [PubMed] ۷. Parker MC, Ellis H, Moran BJ, et al. Postoperative adhesions: ten-year follow-up of ۱۲,۵۸۴ patients undergoing lower abdominal surgery. Dis Colon Rectum. ۲۰۰۱;۴۴:۸۲۲-۸۲۹. [PubMed] ۸. Mazumdar M, Smith A, Bacik J. Methods for categorizing a prognostic variable in a multivariable setting. Stat Med. ۲۰۰۳;۲۲:۵۵۹-۵۷۱. [PubMed] ۹. Firth M, Prather CM. Gastrointestinal motility problems in the elderly patient. Gastroenterology. ۲۰۰۲;۱۲۲:۱۶۸۸-۱۷۰۰. [PubMed] ۱۰. Ivarsson ML, Falk P, Holmdahl L. Response of visceral peritoneum to abdominal surgery. Br J Surg. ۲۰۰۱;۸۸:۱۴۸-۱۵۱. [PubMed] ۱۱. Becker JM, Stucchi AF. Intra-abdominal adhesion prevention: are we getting any closer? Ann Surg. ۲۰۰۴;۲۴۰:۲۰۲-۲۰۴. [PMC free article] [PubMed] ۱۲. Fischer CP, Doherty D. Laparoscopic approach to small bowel obstruction. Semin Laparosc Surg. ۲۰۰۲;۹:۴۰-

۴۵. [PubMed] ۱۳. Levard H, Boudet MJ, Msika S, et al. Laparoscopic treatment of acute small bowel obstruction: a multicentre retrospective study. Aust NZ J Surg. ۲۰۰۱;۷۱:۶۴۱-۶۴۶. [PubMed] ۱۴. Ellozy SH, Harris MT, Bauer JJ, Gorfine SR, Kreel I. Early postoperative small-bowel obstruction: a prospective evaluation in ۲۴۲ consecutive abdominal operations. Dis Colon Rectum. ۲۰۰۲ Sep;۴۵(۹):۱۲۱۴-۷. ۱۵. Duron JJ, Silva NJ, du Montcel ST, Berger A, Muscari F, Hennet H, Veyrieres M, Hay JM. Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study. Ann Surg. ۲۰۰۶ Nov;۲۴۴(۵):۷۵۰-۷. ۱۶. Duron JJ, Hay JM, Msika S, Gaschard D, Domergue J, Gainant A, Fingerhut A. Prevalence and mechanisms of small intestinal obstruction following laparoscopic abdominal surgery: a retrospective multicenter study. French Association for Surgical Research. Arch Surg. ۲۰۰۰ Feb;۱۳۵(۲):۲۰۸-۱۲

خلاصه نتیجه اجرای طرح	
سابقه علمی طرح و پژوهش‌های انجام شده با ذکر مأخذ به ویژه در ایران	
خلاصه طرح طبق اهداف پیش بینی شده	
WhatRequirementsAreMet	
ملاحظات گروه	
ملاحظات ناظر	
HomeAddress	
WorkPlace	
جامعه مورد مطالعه و روش نمونه گیری	کلیه بیماران تحت جراحی شکم در شهرستان قزوین در طی سالهای ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ میباشد. با توجه به شیوع ۵/۹٪ انسداد در بیماران جراحی شده (۱۵) حداقل نمونه لازم با دقت ۲٪ (d=۲٪) و اطمینان ۹۵٪ برابر ۵۶۸ نفر محاسبه گردید.
بیان مسأله و بررسی متون	انسداد روده شامل هرگونه اختلال در مسیر انتقال مواد از قسمتهای پروگزیمال روده به قسمتهای دیستال آن است که ۲۰٪ بیماران بستری در بخشهای جراحی را تشکیل داده و شایعترین بیماری منجر به جراحی روده کوچک است. (۱-۳) انسداد روده انسدادی است که از عبور غذا و مایعات از روده کوچک یا بزرگ جلوگیری می‌کند. انسداد روده می‌تواند بخاطر نوارهای فیبری بافت‌های شکم (چسبندگی‌های داخل شکم) که پس از جراحی ایجاد می‌شود، غده‌های التهابی یا عفونی روده، فتق و تومور ایجاد شود. اگر این مشکل تحت درمان قرار نگیرد، بخش‌های مسدود شده روده دچار ایسکمی شده و می‌تواند منجر به بروز مشکلات بسیار جدی از جمله پریتونیت شود. با اینحال، با مراقبت و پیگیری پزشکی صحیح، انسداد روده قابل درمان است. از جمله علائم انسداد رود شامل درد شکم، حالت تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست، ناتوانی در دفع گاز یا مدفوع، تورم شکم میباشد. (۲-۵) انسداد روده به دو علت رخ میدهد که شامل انسداد مکانیکی و غیر مکانیکی میباشد. انسداد مکانیکی روده زمانی اتفاق می افتد که روده به صورت جسمانی مسدود می

شود و محتویات آن از محل انسداد پیش تر نمی تواند بروند. این اتفاق زمانی می افتد که روده در یک انحنای دچار پیچ خوردگی روده می شود که ناشی از فتق، تراکم مدفوع، رشد غیرنرمال بافت یا وجود اشیای خارجی در روده ها است. بر خلاف انسداد مکانیکی، انسداد غیرمکانیکی که فلج روده نامیده می شود به دلیل متوقف شدن حرکت کاتلوله گوارشی است. حرکت کاتلوله گوارشی باعث شل شدن روده می شود. فلج روده در اغلب مواقع به عفونت تصفیه قمر تبلاست. عفونت تشنای صفاقیکی از علت های اصلی انسداد روده در نوزادان و کودکان است. (۶-۹) یکی از علت های شایه دیگر فلج روده اختلال یا کاهش ارسال خون به معده است. کنترل روده در طول جراحی باز شکم نیز باعث توقف حرکت لوله گوارشی می شود، بنابراین افرادی که جراحی باز شکم انجام داده اند بیشتر به فلج روده مبتلا می شوند. وقتی فلج روده ناشی از جراحی باز شکم باشد، این بیماری اغلب موقتی است و تنها برای مدت ۴۸ تا ۷۲ ساعت دوام دارد. گاهی اوقات فلج روده عوارض جانبی جراحی بخش های دیگری بدن از قبیل جراحی جایگزینی مفصل یا جراحی سینه است. (۶-۹) شایعترین محل درگیری انسداد روده کوچک است که ۷۰ - ۶۰٪ موارد را شامل شده و ۳۰ - ۲۰٪

بقیه انسدادهای روده بزرگ تشکیل می دهند علل شایع انسداد روده کوچک به ترتیب شامل چسبندگی ناشی از جراحی قبلی ۶۰٪ موارد، فتق های اینکارسره ۲۰٪ موارد و نئوپلاسم ها ۱۰٪ موارد است در حالیکه سردهسته علل انسدادهای روده بزرگ کانسر می باشد که ۶۵٪ موارد را تشکیل داده و دیورتیکولیت نیز ۲۰٪ موارد را شامل می شود. از طرفی مورتالیت ناشی از انسدادهای ساده ۱٪ و ناشی از انسدادهای عارضه دار تا ۲۵٪ نیز می رسد. (۱۰-۱۴) در مطالعه ای که در سال ۲۰۰۲ توسط Ellozy SH و همکاران انجام گرفت نشان دادند که انسداد روده کوچک زودرس پس از عمل در ۲۳ مورد (۹۵ درصد) از ۲۴۲ بیمار تحت جراحی شکمی رخ داده است. بیماران با و بدون انسداد روده کوچک پس از عمل از لحاظ تشخیص قبل از جراحی، سرکوب سیستم ایمنی قبل از عمل، عمل جراحی لاپاراتومی قبلی، سابقه انسداد، نوع جراحی انجام شده، و مدت زمان بازگشت عملکرد روده تفاوت معناداری نداشتند. بیست و پنج درصد (۸۷ درصد) با رفع فشار بینی معده ای به تنهایی بر طرف شد. سه نفر (۱۳ درصد) نیاز به لاپاراتومی مجدد داشته یک مورد نیاز به برداشتن قسمتی از روده کوچک را داشتند. در این مطالعه هیچ مرگ و میر و عوارض عمده ای برای بیماران رخ نداد. در پایان نتیجه بر آن شد که انسداد بعد از جراحی شکمی هیچ گونه ریسک فاکتوری ندارد. (۱۵) در مطالعه ای دیگر که در سال ۲۰۰۶ توسط Duron و همکاران به منظور بررسی میزان بروز انسداد بعد از جراحی در یک مطالعه آینده نگر به مدت ۴۱ ماه پیگیری انجام دادند نشان دادند که میزان بروز انسداد ۱۵.۹٪ بود. در تجزیه و تحلیل چند متغیره، مشخص شد که سن > ۴۰ سال، سابقه چسبندگی جراحی های قبلی و بیماران مبتلا به عوارض بعد از عمل جراحی از ریسک فاکتورهای بروز انسداد در بیماران تحت جراحی شکمی می باشد. (۱۶) در مطالعه ای دیگر که توسط Duron JJ و همکاران به منظور بررسی انسداد بعد از جراحی لاپاراسکوپی شکم انجام دادند نشان دادند که ۳ روش جراحی که مسئول انسداد روده بعد از جراحی شکمی می باشد شامل کوله سیستکتومی (۱۰ مورد)، ترمیم فتق ترانس پریئوتن (۵ مورد)، و آپاندکتومی (۴ مورد) بود. شیوع اولیه انسداد روده پس از عمل جراحی این روشها به ترتیب برابر با ۰.۱۱٪، ۲.۵٪ و ۰.۱۶٪ بود. انسداد روده به علت چسبندگی و یا باند فیبروتیک در ۱۲ مورد و به علت روده اینکارسره در ۱۱ مورد بود. انسداد در محل تروکار در ۱۳ مورد (۹ مورد به علت اینکارسره و ۴ مورد به علت چسبندگی) رخ داد. در پایان نتیجه بر آن شد که انسداد بعد از جراحی شکمی بسته به نوع جراحی می باشد و در جراحی کوله سیستکتومی، ترمیم فتق ترانس پریئوتن و آپاندکتومی شایعترین علل انسداد می باشند. (۱۷) با توجه به مطالعات مذکور و تحقیقات انجام شده در مورد بالا بودن انسداد روده در بیماران تحت جراحی شکمی می باشد با توجه به وجود مطالعات محدود در این رابطه و با عنایت به اینکه تاکنون در ایران در مورد علل بروز انسداد در بیماران تحت جراحی شکم تحقیقی انجام نشده و یادآوری این نکته که در منطقه های نزدیک میکنیم که در آمد سالیانه خانوادها پائین بود و هنوز اقتصاد پدیدر سطح پائین می باشد و عدم توجه به عوامل تاثیر گذار در بروز این عوارض باعث بروز بیشتر انسداد در بیماران و در موارد بسیاری باعث جراحی در بیمارستان و تحمیل هزینه های گزاف بر خانواده ها و جراحی اضافی در بیمار می شود. لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی شیوع و علل انسداد روده پس از جراحی شکمی در شهرستان قزوین در سال های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۳ می باشد تا از این طریق بتوان ریسک فاکتورهای بروز این عارضه را در بیماران تحت جراحی شکم شناسایی کرده و در صورتی که متغیرهای به دست آمده قابل تغییر

میباشد، قبل از جراحی شکمی آنها را اصلاح کرده و در صورتی که قابل اصلاح نمیباشد، بیماران دارای ریسک بالا تحت مراقبت لازم بعد از جراحی قرار گرفته و به صورت پروفیلاکسی درمانهای ضد انسداد برای بیماران انجام شود.



منابع

- Liu JH, Etzioni DA, O'Connell JB, et al. Inpatient surgery in California: 1990–2000. Arch Surg. [2003;138:1106–1111. [PubMed
1. Fevang BT, Fevang J, Lie SA, et al. Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction. Ann Surg. 2004;240:193–201. [PMC free article] [PubMed
2. Miller G, Boman J, Shrier I, et al. Readmission for small-bowel obstruction in the early postoperative period: etiology and outcome. Can J Surg. 2002;45:255–258. [PMC free article] [PubMed
3. Sajja SB, Schein M. Early postoperative small bowel obstruction. Br J Surg. 2004;91:683–691. [[PubMed
4. Fevang BT, Jensen D, Svanes K, et al. Early operation or conservative management of patients with small bowel obstruction? Eur J Surg. 2002;168:475–481. [PubMed
5. Khuri SF, Henderson WG, DePalma RG, et al. Determinants of long-term survival after major surgery and the adverse effect of postoperative complications. Ann Surg. 2005;242:326–341. [PMC free article] [[PubMed
6. MacLean AR, Cohen Z, MacRae HM, et al. Risk of small bowel obstruction after the ileal pouch-anal anastomosis. Ann Surg. 2002;235:200–206. [PMC free article] [PubMed
7. Parker MC, Ellis H, Moran BJ, et al. Postoperative adhesions: ten-year follow-up of 12,584 patients undergoing lower abdominal surgery. Dis Colon Rectum. 2001;44:822–829. [PubMed
8. Mazumdar M, Smith A, Bacik J. Methods for categorizing a prognostic variable in a multivariable setting. Stat Med. 2003;22:559–571. [PubMed
9. Firth M, Prather CM. Gastrointestinal motility problems in the elderly patient. Gastroenterology. [2002;122:1688–1700. [PubMed
10. Ivarsson ML, Falk P, Holmdahl L. Response of visceral peritoneum to abdominal surgery. Br J Surg. [2001;88:148–151. [PubMed
11. Becker JM, Stucchi AF. Intra-abdominal adhesion prevention: are we getting any closer? Ann Surg. [2004;240:202–204. [PMC free article] [PubMed
12. Fischer CP, Doherty D. Laparoscopic approach to small bowel obstruction. Semin Laparosc Surg. [2002;9:40–45. [PubMed
13. Levard H, Boudet MJ, Msika S, et al. Laparoscopic treatment of acute small bowel obstruction: a

- [multicentre retrospective study. Aust NZ J Surg. 2001;71:641–646. [PubMed
- Ellozy SH1, Harris MT, Bauer JJ, Gorfine SR, Kreel I. Early postoperative small-bowel obstruction: a .14
.prospective evaluation in 242 consecutive abdominal operations. Dis Colon Rectum. 2002 Sep;45(9):1214-7
- Duron JJ1, Silva NJ, du Montcel ST, Berger A, Muscari F, Hennen H, Veyrieres M, Hay JM. Adhesive .15
postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a
.multicenter prospective study. Ann Surg. 2006 Nov;244(5):750-7
- Duron JJ1, Hay JM, Msika S, Gaschard D, Domergue J, Gainant A, Fingerhut A. Prevalence and .16
mechanisms of small intestinal obstruction following laparoscopic abdominal surgery: a retrospective
.multicenter study. French Association for Surgical Research. Arch Surg. 2000 Feb;135(2):208-12
-